Lane Medical Library

Ueber Wochenbetten nach Eihautretention.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

GENEHMIGT

VON DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN.

Von

Alfred Lorenz

approb. Arzt aus Hildesheim

Unterarzt beim Grenad.-Reg. Prinz Karl v. Preussen

(2. Brand.) Nr. 12.

Tag der Promotion: 26. März 1909.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Olshausen.

Druck von Emil Ebering, Berlin NW. 7, Mittelstr. 29.

Meinen lieben Eltern.

In der Debatte, die sich an den im Januar 1906 in der Berliner Gynäkologischen Gesellschaft von Strassmann gehaltenen Vortrag „Zur Behandlung der Nachgeburtsperiode“ anschloss, zeigte es sich von neuem deutlich, dass bisher über diesen Punkt noch durchaus verschiedene, ja direkt entgegengesetzte Anschauungen herrschen. Zwar stimmen alle Geburtshelfer darin überein, dass es unbedingt nötig ist, Placenta und Placentareste aus dem Uterus zu entfernen, wo dies nicht anders möglich ist, auch durch manuelles oder instrumentelles Eingehen; doch über die Retention der Eihäute und deren Behandlung ist bisher nicht eine Ansicht allgemein als richtig anerkannt worden. Die einen legen ihr den allergrössten Wert für den weiteren Verlauf des Wochenbettes bei, während die anderen sie als verhältnismässig gleichgültiges Vorkommnis ansehen. Selbstverständlich ist entsprechend diesen beiden entgegengesetzten Auffassungen auch die Therapie, die die Vertreter einer jeden angewandt wissen wollen, eine durchaus verschiedene. Ist die Retention der Eihäute wirklich von der ihr beigelegten grossen Bedeutung für die Wöchnerin, wird durch sie in der Tat das Eintreten von üblen Zufällen so sehr begünstigt, so muss man natürlich aufs Allerentschiedenste ihre Entfernung erstreben. Hat sie aber keinen, oder nur geringen, jedenfalls ungefährlichen Einfluss auf den weiteren Verlauf des Wochenbettes, so ist sicher die exspektative Behandlung die richtige Therapie. Durch jedes energischere Eingreifen, das jedesmal an und für sich schon eine Gefahr in sich birgt, würde doch nur eine weitere Komplikation erreicht werden.

Ich glaube an den 1172 Fällen von Eihautretention, die

an der Königlichen Universitäts-Frauenklinik in Berlin in der Zeit vom 1. Januar 1903 bis zum 30. Juni 1907 bei einer Gesamtzahl von 5682 Geburten vorgekommen und nach der exspektativen Methode behandelt worden sind, nachweisen zu können, dass diese vor der anderen den Vorzug verdient. Möge diese Arbeit die Frage einer definitiven Lösung ein wenig näher bringen.

Die Ursachen für die Retention der Eihäute sind wohl noch nicht bis ins Einzelne hinein aufgeklärt; die hauptsächlichsten will ich zunächst nach einer Zusammenstellung von Völker kurz wiedergeben.

Es liegt auf der Hand, dass bei abnorm brüchiger und zerreisslicher Konsistenz leicht Stücke zurückbleiben können, und ebenso, dass selbst bei normaler Beschaffenheit die Retention begünstigt wird durch allzu feste Adhärenz, wie sie z. B. vorhanden ist nach luetischer Entzündung der Decidua oder bei Endometritis oder nach einem geringen traumatischen Blutaustritt aus der Decidua, der bindegewebig organisiert worden ist. Neuerdings hat Krebs auch die häufig vorhandenen submukösen Myome und Fibrome zur Erklärung für die Eihautretention herangezogen. Eine feste Kontraktion des inneren Muttermundes gleich nach dem Passieren der Placenta kann gelegentlich die Eihäute am Folgen verhindern. Auf das häufige Vorkommen der Eihautretention bei Placenta marginata ist ebenfalls von manchen Autoren hingewiesen worden, wie man auch den späten Blasensprung als ursächliches Moment angesehen hat. Die häufigsten Ursachen sind aber wohl die zu schnelle Ausstossung der Placenta bei Sturzgeburten und namentlich eine voreilige künstliche Lösung durch meist unnötigen Credéschen Handgriff oder unvorsichtiges Ziehen am Nabelstrang.

In der Literatur der ersten Hälfte des vorigen Jahrhunderts, soweit sie mir zugänglich war, habe ich eigentlich gar nichts über Eihautretentionen gefunden, eine Erscheinung, die schon Benike 1876 erwähnt und die Völker in seiner

Dissertation damit erklärt, dass man entweder bei Besichtigung der Nachgeburt darauf gar nicht geachtet oder ihr als ganz gleichgültig keine Bedeutung beigelegt habe. Aktuell wird die Frage erst in der zweiten Hälfte des Jahrhunderts, und nun wogt der Streit um ihre Entscheidung hin und her, wie es die im folgenden angeführte Literatur zeigt.

In dem „encyklopädischen Wörterbuch der medizinischen Wissenschaften" vom Jahre 1834 liest man, dass man beim Fehlen von Eihautteilen, wenn nicht noch andere Indikationen gegeben sind, ruhig abwarten soll, da mit dem später einsetzenden Lochienflusse ihre Aussonderung zu erwarten ist.

Im Gegensatze hierzu stellt Hüter im Jahre 1857 den Satz auf, dass ein zurückgebliebener Chorionteil ganz dieselben Zufälle hervorrufen könne wie ein Mutterkuchenteil, insbesondere heftige „Nachwehen und Nachblutflüsse", gibt aber auch zu, dass er ohne besondere Zufälle abgehen oder sich auflösen könne. In dem Falle, den er als Beweis anführt, ist auch schon der Mutterkuchen künstlich entfernt worden, so dass es nicht ausgemacht ist, ob die aufgetretene Metritis eine Folge der Retention des Chorionteiles oder einer durch das Eingehen hervorgerufenen Infektion ist. Welche Gefahr überhaupt schon an und für sich jedes Eingehen in den Uterus bedeutet, weiss Hüter nicht; die Möglichkeit einer von aussen hervorgerufenen Infektion lässt er gänzlich ausser Betracht. Bemerke man beim Abgange des Mutterkuchens, dass noch etwas fehle, so soll man gleich eingehen. Erkennt man aber erst durch das spätere Abgehen von Mutterkuchenresten, dass noch etwas vorhanden war, so soll man nicht gleich eingreifen, da ja Aussicht sei, „dass auch die übrigen Teile freiwillig ohne manuellen Eingriff gelöst und ausgeleert würden."

Winkel stellt in seiner „Pathologie und Therapie des Wochenbettes" vom Jahre 1869 Placenta- und Eihautreste als ätiologisches Moment für die Puerperalerkrankungen voll-

kommen auf eine Stufe. Dementsprechend ist natürlich auch seine Therapie.

Graetz (1874) rühmt das Verdienst Hüters, auf die Wichtigkeit der Eihautverhaltung hingewiesen zu haben, über dessen Forderungen er noch weit hinausgeht. Er will selbst bei der Ungewissheit, ob noch Eihautreste zurückgeblieben sind, zum Zwecke der Exploration mit zwei Fingern oder der ganzen Hand eingehen, da dies gewöhnlich für die Mutter überhaupt keine Gefahr bedeute, andrerseits die Folgeerscheinungen bei Retention oft höchst bedenklicher Natur wären, denn nur selten würden Chorionreste ohne besondere Zufälle herausgetrieben, als da sind: „Blutungen, Entzündungsprozesse, pyämische oder septikämische Prozesse". Wir wissen jetzt, dass gerade diese Erscheinungen durch einen manuellen Eingriff gefördert werden, wie auch ein von Graetz als Beweis für seine Ansicht aufgeführter Fall, wo nach vergeblichem Versuch, das Chorion manuell zu entfernen, schwere septische Erscheinungen und hohes Fieber eintraten, durchaus nicht beweist, dass der Chorionrest die Ursache ist. Man kann als diese ebenso gut den manuellen Eingriff ansehen. Jedenfalls rufen Chorionreste nicht ohne Weiteres so schwere Erscheinungen hervor.

Auch Benike (1876), der für einen Teil seiner Ausführung Martin als Gewährsmann anführt, will in jedem Falle zurückgebliebene Eihautreste entfernen. Er stellt das manuelle Eingehen „bei der nötigen Umsicht und Geschicklichkeit als ungefährlich" dar, das „keine nachteilige Einwirkung auf die „Wöchnerin" hat. Unter den drei in seiner Statistik angeführten Todesfällen, wo er den Tod auf andere Einflüsse zurückführen will, ist sicherlich einer, bei dem man doch wohl den ursächlichen Zusammenhang von Operation und Exitus letalis nicht gänzlich abstreiten kann, es sei denn, dass man wie er nur eine „infolge des mechanischen Insultes der Innenfläche des Uterus" entstandene Entzündung des Endo-

metriums als Folge ansehen würde, was man nach den jetzt allgemein gültigen Ansichten doch unmöglich tun kann.

Münster (1877) glaubt zu wissen, dass Eihautreste im Uterus verjauchen und aus diesem der resorbierenden Wundfläche des Uterus zunächst gelegenen Jaucheherde schnelle Allgemeininfektion stattfindet.

Aus Winkels statistischen Angaben aus dem Entbindungs- und gynäkologischen Institute zu Dresden aus den Jahren 1876—1878 kann man entnehmen, dass die Zustände, die oft den Eihautretentionen zur Last gelegt werden, keineswegs nur bei diesen vorkommen.

Jahr	Zahl der Geburten	Eihaut-retention	Nachwehen	Blutung
1876	1058	16	51	38
1877	1091	35	46	31
1878	1050	22	47	24

Aus diesen Zahlen ersieht man, dass Nachwehen und Blutung auch ohne irgendwelche Retention auftreten, also andere Ursachen haben müssen. Kann dann nicht ein anderes Mal neben solch einer Ursache die Eihautretention bedeutungsloser Nebenbefund sein?

Kaltenbach (1878), der zuerst behauptet, dass „oft putrider Ausfluss entstände, der zu Selbstinfektion Veranlassung gibt", empfiehlt später das Abwarten unter Anwendung der Asepsis und Darreichung von Ergotin.

Nach Hildebrandts Statistik vom Jahre 1879 aus der Königsberger Klinik, wo anerkanntermassen die Asepsis eine gute war, trat in den sieben Fällen, wo eine manuelle Chorionlösung vorgenommen wurde, stets Endometritis und Parametritis ein, an welch letzter eine Wöchnerin zugrunde ging.

Küstner (1880) glaubt wieder, bei Eihautretention durch

manuelle Ausräumung die Prognose günstiger zu gestalten. Er gibt die Möglichkeit einer Infektion dabei zu, die dann nach seiner eigenen Ausführung natürlich eine viel grössere Gefahr bedeutet als die Eihautretention, denn diese „macht ein paar Tage Fieber während des Wochenbettes", doch „sehr selten sind die Folgen lebensdrohend; in manchen Fällen werden die Reste, auch ohne dass Resorptionsfieber aufgetreten wäre, sequestriert." Warum rät er dann trotzdem bis in das Cavum uteri einzugehen, wenn, wie er selbst zugibt, im Unterlassungsfalle die schädlichen Folgen doch keine gar so gewaltigen sind? Ausserdem wissen wir jetzt, dass eine so vollkommene Desinfektion der Hände, wie er annimmt, doch nicht immer von vornherein zu garantieren ist.

Schröder (1880) behauptet, nicht selten käme es durch Aufnahme von Bestandteilen der Lochien zu bedeutender Temperatursteigerung.

Witte (1881) zollt Küstners Vorschlag, in jedem Falle die Entfernung vorzunehmen, in theoretischer Hinsicht volle Anerkennung, aber in der Praxis rät er doch, nicht gleich bei Retention von nur kleinen Chorionteilchen einzugehen. Eihautfetzen, die in der Vagina liegen oder aus dem Cervixkanal in die Scheide herabhängen, entfernt er natürlich stets.

Im übrigen soll seine Therapie mehr den vorliegenden Krankheitserscheinungen entsprechen. Stellen sich übelriechende Lochien ein, so ist eine strenge Antisepsis vorzunehmen. Eine Scheidenspülung mit 3—5 % Karbollösung genügt ihm nicht; eine Uterusspülung hat sich anzuschliessen, die in schlimmen Fällen durch permanente Irrigation verstärkt werden soll. Nächstdem zielt seine Therapie auf Herabsetzung des Fiebers und kräftige Ernährung der Wöchnerin. Gegen Blutungen und Nachwehen wäre Auskratzung des Endometriums am Platze, da hierdurch am sichersten die Ursachen dafür beseitigt würden, wenn man durch heisse Spülungen mit Wasser oder Adstringentien wie Alaun und Holzessig neben Ergotininjektionen nichts er-

reichte. In seiner Statistik wirft er Eihaut- und Placentaretention durcheinander. Die von ihm gefürchteten Blutungen sind in der Regel nicht so bedeutend und die Nachwehen sind doch nur von Vorteil für die Entfernung von ev. retinierten Teilen.

Ganz entschieden gegen jede manuelle oder instrumentelle Entfernung spricht sich Schwenke (1881) aus, der sich auf Gewährsmänner wie Fritsch und Olshausen beruft, welche es für einen durchaus falschen Eingriff halten, nach Entfernung der vollständigen Placenta nochmals einzugehen, um Eihäute zu entfernen. Eine sorgfältige Beobachtung der Wöchnerin mit exakter Temperaturmessung bürgt für die richtige Therapie. Bei Temperatursteigerung über 39° empfiehlt er desinfizierende Scheidenirrigation. Dies soll aber auch die letzte Instanz sein, die auch nur höchst selten nötig sein wird.

Aus einer Statistik Credés (1881) geht hervor, dass unter 2000 Geburten 91 Fälle von Verhaltung des Chorions oder einzelner Teile desselben vorkamen, bei denen stets vollkommen abwartend verfahren wurde. Seine Therapie erstrebt Desinfektion und durch Reibungen der Gebärmutter, durch Darreichung von Sekale cornutum, durch häufige Ausspülung der Vagina kräftige Kontraktionen der Uterusmuskulatur. Von diesen 91 wurden 81 am 12. Tage ganz gesund entlassen, 10 erst später „wegen verschiedener krankhafter Zustände, welche aber mit den zurückgebliebenen Eihautresten entweder in gar keinem oder nur sehr entferntem Zusammenhange standen.“ 42 Mal kamen unter den 81 Fällen leichte Temperatursteigerungen vor, wie sie ja häufig im Wochenbette bei zurückgehaltenen Lochien oder Fäkalmassen vorkommen. Oft konnte man nicht einmal bestimmen, ob die Temperatursteigerung, die selten 39,0° erreichte und stets nur wenige Tage dauerte, nicht auch von gleichzeitig vorhandenen leichten Verletzungen der Schleimhäute ausging. Sieben ungefährliche Nachblutungen traten

auf. Ueber den allgemeinen Verlauf der Wochenbetten sagt Credé: „Hätten wir nicht die Temperatur gemessen und den Puls gezählt, so würde der Gedanke an eine Erkrankung überhaupt gar nicht aufgetaucht sein, denn alle sonstigen Körperfunktionen gingen normal vor sich, namentlich waren die Verdauungsorgane, welche bei Infektionen so schnell zu leiden pflegen, niemals in ihrer Tätigkeit gestört.“ Aus diesen Erfahrungen folgert Credé, dass zurückgebliebene Eihautreste keine Gefahr für die Wöchnerin herbeiführen. Wohl aber wäre es denkbar, dass durch künstliche Entfernung eine Infektion verursacht würde. Das mehr passive und abwartende Verfahren wäre daher entschieden ratsamer als das eingreifende.

Kabierske (1881) polemisiert gegen Credé und behauptet ebenso wie Runge und Dohrn, zurückgebliebene Eihäute wären „nicht ungefährliche Grundlagen für die Entstehung putrider Prozesse, von Blutungen und langanhaltenden blutigen Lochien“; deshalb empfiehlt er ein aktives Vorgehen, wenn man bei exspektativem Verhalten nicht zum Ziele käme.

Ahlfeld (1883) entfernte zwei Jahrelang retinierte Eihäute und deren Teile, zwei Jahre lang liess er sie im Uterus, um so zu einem sicheren Resultate zu kommen. Er sagt selbst, dass er mit der exspektativen Methode weit bessere Resultate erzielt hat, wenn er auch öfters hohes Fieber, Abgang übelriechender Massen und kurze Zeit hindurch Empfindlichkeit des Parametriums als schädliche Einwirkung konstatiert hat.

v. Campe (1884) führt ebenso aus, dass dem Zurückbleiben von Eihautteilen nicht die grosse Bedeutung beizumessen wäre, und es im schlimmsten Falle zu einer Lochiometra käme, deren Prognose eine gute ist.

Olshausen vertritt schon 1884 wie heute die exspektative Methode. Selbst das Zurückbleiben des ganzen Chorions ist nach ihm keine Indikation zum Eingehen. Die Lochien wären im Beginn des Wochenbettes fast rein blutig und be-

ständen erst vom zweiten bis dritten Tage an aus sich zersetzendem Gewebe. Ginge man dann, wie man bei riechendem Wochenfluss vorgeschlagen, mit der Hand ein, so würden die dann schon heilenden und wenig zur Resorption neigenden Wunden nur von neuem wieder aufgerissen, um wie frische Wunden zu resorbieren.

Reihlen (1887) ist auf Grund der Resultate, die an der Landeshebammenschule in Stuttgart mit dem abwartenden und eingreifenden Verfahren erreicht wurden, für das erstere. Nur bei atonischer Blutung hält er das Eingehen für gerechtfertigt; sonst soll man Eisumschläge, Ergotin, bei Fieber ev. Scheideirrigation und im äussersten Falle intrauterine Ausspülungen machen.

Strauss (1890) stützt sich in seinen Ausführungen auf neun Fälle aus der Würzburger Klinik und empfiehlt auf das Wärmste die exspektative Behandlung. Kann man selbst Hände und Instrumente vollkommen sterilisieren, so bleibt doch die Gefahr bestehen, dass während des Eingriffes eine Infektion durch die Luft oder durch Bakterien aus dem Genitalkanal einträte, denn es wäre nicht möglich sämtliche in der Scheide befindlichen durch Irrigation zu entfernen. Er regt für die Zeit des Wochenbettes Scheidenspülungen mit einer Sublimatlösung 1 : 3000 an, wodurch vielleicht aber auch wieder Bakterien aus der Scheide in den Uterus hinaufgespült werden können.

Huber berichtet, dass in der Baseler Klinik in den Jahren 1887 bis 1890 unter 1582 Geburten 84 mal Chorionretention beobachtet wurde, eine Zahl, die gegenüber unserer Statistik aus der Berliner Universitätsklinik äusserst niedrig erscheint. Es wurde 27 mal entfernt und 57 mal nicht entfernt. Dabei hat sich folgendes Resultat ergeben:

	Fieberloses Wochenbett	Resorptions-Fieber	Schwerkrank	Gestorben
Bei abwartender Methode	56%	36%	7%	—
Bei eingreifender Methode	70%	30%	—	—

Auf Grund dieser Erfahrungen rät Huber:

„Bei Chorionretention ist es indiziert, dasselbe manuell zu lösen. Diese Operation ist ungefährlich, wenn die nötigen antiseptischen Massnahmen getroffen werden.

2. Das Zurückbleiben von Chorion ist gefährlich, weil es Spaltpilzen einen guten Nährboden bietet, was Pueoperalfieber oder schwere Endometritis zur Folge hat.“

Ich habe demgegenüber in meiner Statistik, wie wir nachher sehen werden, ein ganz anderes Resultat gefunden. Auf das aufgetretene Resorptionsfieber legt Huber selbst auch keinen Wert, da eine geringe Temperatursteigerung häufig auf kleine Unregelmässigkeiten, wie Stuhlverhaltung, Stauung von Lochialsekret und Resorption von den vielen kleinen Wunden aus zurückzuführen wäre. Die Hauptbeweiskraft erblickt er in den vier Fällen von schweren Erkrankungen, von denen aber meiner Meinung nach überhaupt nur eine, nämlich die Endometritis puerperalis, vielleicht als Folge der Eihautretention aufgefasst werden kann. Bezüglich der anderen drei Fälle folgendes: Wie soll eine Diphtherie eines Dammrisses die Folge einer Eihautretention sein? Ferner entsteht eine Lochiometra oft bei irgendwie verhindertem Lochienabfluss, ohne dass Eihautteile zurückgeblieben sind. Und drittens werden wir eine Parametritis duplex einer Patientin, die während der Geburt von einem Praktikanten untersucht wurde, der direkt von einer Sektion kam, nun nicht gerade als die Folge der Eihautretention auffassen.

Velits (1891) folgert aus den Erfahrungen an der Tauffer-schen Klinik folgende Ratschläge:

„1. Behufs Entfernung von zurückgebliebenen ganzen Eihäuten darf nur bei strikter Indikation (atonischer Blutung) in die Uterushöhle eingegangen werden.

2. Im Falle das Fehlen von Eihäuten oder Eihautresten konstatiert wird, muss eine Scheidenuntersuchung vorgenommen und in der Cervix hängende Fetzen mit den Fingern oder der Polypenzange entfernt werden. Wenn diese Untersuchung negativ ausfällt und keine Blutung vorhanden ist, so muss von jedem ferneren Eingriff Abstand genommen werden."

Beaucamp (1892) hat unter 500 Geburten 102 mal das Zurückbleiben von Eihautresten beobachtet. Blieben die Eihäute vollständig oder doch zum grössten Teile zurück, so wurden sie mittels der Hand gelöst (einmal unter 500 Fällen). Sonst wurden die zurückgebliebenen Eihäute nur herausgeholt, wenn die Frau blutete (dreimal). Beaucamp geht hier auch wohl noch zu weit, denn in zwei Fällen scheint die Blutung nicht so stark gewesen zu sein, um einen so schweren Eingriff wie das Eingehen mit der Hand zu rechtfertigen.

Veit (1898), der wie Hegar die hohe puerperale Mortalitätsziffer auf Kosten der vielen Nachgeburtsoperationen setzt, bestreitet überhaupt, dass Verhaltung von Eihäuten sofort Blutungen hervorrufen müsse, und ist für ein streng konservatives Verfahren, von dem auch bei Atonia uteri nicht abzuweichen wäre.

Nach Knapps (1898) Anschauung ist die Ausschabung der Uterus stets angezeigt „bei Fällen von verzögerter Rückbildung im Wochenbette, wenn diese auf das Zurückbleiben grösserer Placentar- und Eihautreste zurückzuführen ist." Er betont, dass das Zurückbleiben von Eihautresten sowohl zu Störungen in der Involution als auch zu schweren und

selbst lebensgefährlichen Erkrankungen der Gebärmutter Veranlassung geben kann.

Olshausen und Veit vertreten in ihrem Lehrbuch die vollkommen exspektative Methode und betrachten die Verhaltung von geringen Teilen als ganz gleichgültiges Ereignis. Eine jauchige Zersetzung der mit oder ohne Chorion zurückgebliebenen Deciduamassen tritt nach ihnen bei aseptischer Geburt überhaupt nicht ein, sondern sie gehen als dicke Lochien ab. Sind Infektionskeime hinzugekommen, so stellen sie allerdings einen guten Nährboden für deren Entwicklung dar. „Die Entfernung des Chorion sofort nach der Geburt ist deshalb an und für sich niemals nötig und nur dann geboten, wenn es blutet und im Wochenbett nur, wenn eine eingetretene Infektion sich geltend macht.

Maygrier riet auf dem internationalen medizinischen Kongress im Jahre 1900, dann eine Entfernung der Eihäute mit der Hand oder der Cuvette vorzunehmen, wenn die Asepsis des Uterus eine zweifelhafte ist, oder bei der geringsten Temperatursteigerung.

Unbedingt für das konservative Verfahren spricht sich Strassmann (1906) in seinem eingangserwähnten Vortrage aus. Nach ihm ist die Aussicht eine desto grössere, die Eihäute ganz herauszubekommen, je exspektativer man sich inn der Nachgeburtsperiode verhält. Wird die Placenta zu früh ausgedrückt, so haften die Eihäute noch fest und werden dann oft zu schnell abgedreht, so dass sie erst recht abreissen. Man soll sich selbst der Retention der ganzen Eihäute gegenüber exspektativer verhalten, es sei denn, dass man gelegentlich gezungen sein kann, wegen einer schweren Nachblutung die Eihäute gleich lösen zu müssen.

Gegen dieses Verfahren wendet sich wieder Rissmann, der sich durch einige schlechte Erfahrungen bei retinierten Eihäuten im Verlaufe des Wochenbettes veranlasst fühlt, ein aktiveres Verfahren einzuschlagen und anzuraten. Es erscheint ihm theoretisch falsch, etwas dem Tode Geweihtes

in den verwundeten Geschlechtsteilen einer Frau auf unbestimmte Zeit zurückzulassen. Aus dem Verlauf von 16 Wochenbetten zieht er diesen Schluss:

„1. Der drohenden Sepsis wegen, um das Wochenbett nicht unnötigerweise zu verlängern und um eine gute Involution der Genitalien zu erzielen, in seltenen Fällen der Blutstillung wegen, sind zurückgebliebene Eihäute zu entfernen.

2. Zur Entfernung genügt oft ein energischer, in längeren Pausen wiederholter äusserer Druck auf die Gebärmutter. Sind 24 Stunden verflossen, so ist die Herausbeförderung auf alle Fälle, ev. nach Einstellung der Portio, instrumentell zu vollziehen."

Seitdem erst einmal auf eine mögliche Bedeutung der Eihautretention hingewiesen ist, neigt sich der Sieg im Streite um ihre Behandlung bald den Vertretern der exspektativen Methode, bald denen der eingreifenden zu. Die Arbeit Rissmanns ist das letzte, was gegen die exspektative Therapie geschrieben ist. Da sie alles enthält, was gegenwärtig von ihren Gegnern geltend gemacht wird, so soll sie hier nur erwähnt sein und später ausführlich auf sie eingegangen werden. Wenn wir dann das Resultat der Statistik aus der Berliner Universitäts-Frauen-Klinik betrachten und an dem so gewonnenen Massstabe seine Vorschläge für die Therapie, sowie seine Beweise gegen das abwartende Verhalten abwerten, so werden wir am besten erkennen, ob und wie der Verlauf des Wochenbettes durch Eihautretention beeinflusst wird und welcher Therapie der Vorzug gebührt.

Die Nachgeburtsperiode ist in den Fällen unserer Statistik so geleitet worden, wie es Olshausen in seinem Lehrbuche der Geburtshilfe vorschreibt. Die Expression der Placenta soll nach ihm nicht eher vorgenommen werden, als bis diese sich im Uterus gelöst hat und in den Dehnungsschlauch getreten ist. Dies erkennt man an dem Tiefertreten der Nabelschnur und dem Schmälerwerden und Hinaufsteigen des

Fundus bis erheblich über den Nabel. Unter dem Fundus sieht man dann, von diesem durch eine deutlich sichtbare Furche getrennt, eine weiche Vorwölbung, den Durchtrittsschlauch, der durch die in ihm liegende Nachgeburt gedehnt ist. Die Hand soll nach der Geburt des Kindes zunächst nur überwachen; reiben soll sie nur, wenn es blutet oder der Uterus abnorm schlaff ist. Nach 10 bis höchstens 30 Minuten kann man dann versuchen, die Placenta herauszudrücken. Der Uterus muss dabei in der Mittellinie ungefähr in der Beckeneingangsachse liegen und gerade kontrahiert sein. Kommt man noch nicht zum Ziel, so kann man ruhig auch noch länger warten, falls nicht aus irgendwelchen Gründen eine Beendigung der Nachgeburtsperiode indiziert ist.

In 49 von unseren Fällen (4,18 %) ist die Placenta spontan ausgestossen worden, in 1116 durch Druck entfernt (95,22 %). Zweimal wurde sie durch Credé in Narkose (0,17 %) und fünfmal manuell (0,43 %) herausgeschafft.

Eihautretention war also in 1172 Fällen (20,63 %) mit Bestimmtheit konstatiert worden. (Dabei wurden 104 Fälle, wo sie nur als wahrscheinlich angenommen wurde, von vornherein ausgeschieden.) Nur in einer Statistik von Beaucamp ist eine ähnliche Zahl, nämlich 20,4 % angegeben, sonst schwankt sie zwischen 2,5 % und 7,5 %, ja einmal beträgt sie nur 0,92 %. Die Häufigkeit der Eihautretention in manchen Kliniken hat man mit der häufigen Anwendung des Credéschen Handgriffes erklären wollen, jedoch ist diese Erklärung unseren Fällen gegenüber nicht massgebend, was ja schon aus der Beschreibung der Nachgeburtsperiode hervorgeht. Die Prozentzahl ist vielmehr wohl deshalb so hoch, weil alle Fälle berücksichtigt sind, wo die Retention von auch nur allergeringsten Teilen der Eihäute mit Sicherheit festgestellt werden konnte. Die Häufigkeit des Zurückbleibens der Eihäute nach ihrem späteren Abgehen zu beurteilen ist nicht richtig, da sich diese nach Versuchen Winkels auflösen und resorbiert werden können. Nur 30 mal ist bei unseren

Fällen der Abgang von Eihautfetzen beobachtet worden, und zwar 24 mal — einmal selbst am 10. Tage nach der Geburt ohne jede Temperatursteigerung. Die Eihäute waren 1103 mal zum geringeren Teil, 69 mal vollständig oder nahezu vollständig zurückgeblieben. Die 144 Fälle, in denen nur Chorion zurückgeblieben war, sollen, da sie keinerlei Spezifikum aufweisen, mit den übrigen gemeinsam behandelt werden. Da das Amnion nur höchst selten nicht abgeht und ein Teil der Decidua normalerweise im Uterus zurückbleibt, so handelt es sich ja überhaupt in allen Fällen namentlich um das Chorion und weiterhin um besonders grosse Stücke der Decidua. Von zurückgebliebenen Eihäuten ist höchstens das entfernt worden, was in der Scheide leicht zu erreichen war; nie aber ist in den Uterus eingegangen worden.

In 712 Fällen verlief das Wochenbett vollkommen fieberfrei (60,83 %). (Als Fieber ist Achselhöhlentemperatur von 38,1° an gerechnet.)

Bei 99 Wöchnerinnen (8,45 %) war die höhere Temperatur mit Bestimmtheit auf eine andere Ursache zurückzuführen. Hierher werden nur die Fälle gerechnet, bei denen sich der sichere Zusammenhang des Fiebers und der betreffenden Erkrankung aus den Beziehungen zueinander und aus dem ganzen Verlauf deutlich ergibt. Hierbei waren Temperaturen vorhanden: 64 mal bis 39°, 22 mal bis 40°, 11 mal bis 41°, 2 mal über 41°.

Die Ursachen waren: Mastitis 41 mal, Eklampsie 14, Bronchitis 6, Thrombophlebitis 5, macerierte Frucht und stinkendes Fruchtwasser 5, Angina lacunaris 4, Cystitis 3, Nephritis 2, Phtisis progressiva 2, Pleuritis 2, Influenza 2, Ulcera puerperalia 2, Galaktostase 2, Pneumonia crouposa 1, Perityphlitis 1, Asthmaanfall 1, Gelenkrheumatismus 1, Pyelitis 1, eiternde Pubiotomiewunde 1, Dammwunde schmierig belegt 1, Genitalien durch Kot verunreinigt 1, Aufregung durch Besuch 1.

In diesen 99 Fällen kann man also nicht die Eihaut-

retention für die längere Dauer des Wochenbettes verantwortlich machen; vielmehr ist sie ein begleitender Nebenumstand, der nirgends irgendwelche Bedeutung hat.

In 202 Fällen (17,23 %) bestand einen bis fünf Tage Fieber, ohne dass irgendwelche subjektiven Beschwerden vorhanden waren oder irgendwelcher objektiver Befund erhoben werden konnte. Die Temperatur stieg dabei 158 mal bis 39°, 37 mal bis 40°, sechsmal bis 41°, einmal über 41°.

Ausserdem haben noch 29 Wöchnerinnen (2,47 %) Temperatursteigerungen gehabt, bei denen sich eine geringe, auch nur kurze Zeit dauernde Druckempfindlichkeit des Abdomens feststellen liess, und zwar des rechten Parametriums 15 mal, des linken neunmal, beider fünfmal. Zweimal war Empfindlichkeit ohne Fieber vorhanden. Die Temperatur betrug 15 mal bis 39°, elfmal bis 40°, dreimal bis 41°.

In diesen 202 + 29 = 231 Fällen verlief das Wochenbett abgesehen von der kurzen Temperatursteigerung während der ersten Tage normal. Eine wesentliche Verlängerung trat in keinem Falle ein. Die Rückbildung des Uterus war ebenfalls gut. Das aufgetretene Fieber müssen wir sicher in einem Teile der Fälle der Resorption von Eihautresten zuschreiben, aber diese Erscheinungen sind doch so geringe und verhältnismässig gleichgültige, dass man ihretwegen überhaupt keine eingreifenden therapeutischen Massnahmen zu treffen braucht.

Bei einer Reihe von Wochenbetten ist es nötig, etwas näher auf den Verlauf einzugehen und wird deshalb hier ein kurzer Bericht über dieselben mit den Hauptdaten wiedergegeben.

No.	Anamnese Geburt Nachgeburt	Wochenbettsverlauf	Entlassungsbefund
1. I p 19 J.	Fieber, Psychose, Tympania uteri. Zangengeb. Credé. Etwas Eihaut fehlt.	1.—5. Tag Temp. 39—40. Lochien putride. Unwillkürl. Harn- und Stuhlentleerung. 14. Tag aufstehen.	26. Tag entlassen. Mm. geschlossen. Uterus 2 Finger über Symphyse. Lochien schleimig.
2. I p 23 J.	Fieber! Wegen Meteorismus und Tympania uteri Kranioklasie, Uterusspülung.	Fieber bis 39,5 am 5. Tage, dann ohne Fieber. 15. Tag aufstehen.	17. Tag entlassen, Fundus 3 Finger über Symphyse. Lochien serös.
3. VII p 36 J.	Fieber! Meteurynter, Wendung. Uebertragenes lebendes Kind. Placenta auf Druck. Etwas Eihaut fehlt.	Fieber bis 40,8. 8. Tag Exitus letalis.	Sektionsbefund: Lungentuberkulose. Endometritis sept.
4. II p 27 J.	Draussen untersucht und tamponiert. Fieber! Wendung, lebendes Kind. Placenta auf Druck. Etwas Eihaut fehlt.	Von 2.—12. Tag Temp. 39—40. Stark riech. Lochien. Phlegmone am recht. Oberschenk. 12. Tag Exitus letalis.	Sektion nicht gestattet.
5. I p 35 J.	Draussen untersucht. Fieber! Wegen Tympan. ut. Kranioklasie. Riechendes Fruchtwasser, Placenta auf Druck. Eihäute fehlen fast ganz.	Fieber bis 40,0. Riechende Lochien. Peritonitische Erscheinungen. 4. Tag Exitus letalis.	Sektionsbefund: Peritonitis diffusa, Sepsis, Endometritis septica.
6. II p 26 J.	Temp. vor Geburt 38,1. Zange, lebend. Mädchen. Placenta auf Druck. Eihäute fehlen ganz.	3. Tag 40,0. Schmerzen im Abdomen, Meteorismus, Erbrechen. Vom 10. Tag fieberfr. 27. Tag aufstehen.	31. Tag entlassen. (Entlassungsbefund nicht verzeichnet.

No.	Anamnese Geburt Nachgeburt	Wochenbettsverlauf	Entlassungsbefund
7. I p 40 J.	Draussen tampon. Fieber! Mm.-incision, Kranioklasie. Nachgeburt manuel gelöst. Etwas Eihaut fehlt.	Längeres fieberhaftes Wochenbett. Näheres nicht zu ermitteln.	
8. I p 26 J.	Draussen 2 Zangenversuche. Zange, lebender Knabe. Placenta auf Druck Etwas Eihaut fehlt.	4. Tag 39,0. Abdomen aufgetrieben. R. Param. empfindl. 12. Tag aufstehen.	15. Tag entlassen. Mm. geschlossen, Uterus gut zurückgebildet. Lochien serös.
9. I p 37 J.	Tympania uteri. Lebende Zwillinge. 1. Kind durch Zange, 2. Kind durch Extraktion. Uebelriechendes Fruchtwasser. Credé. Etwas Eihaut fehlt.	3. Tag 38,9, 4. Tag 39,9, 7. Tag 39,1. Nephritis, Ulcera puerperalia, Endometritis putrida. 12. Tag aufstehen.	15. Tag entlassen. Uterus faustgross. Parametrien frei. Lochien serös.
10. II p 24 J.	LangeGeburtsdauer, spontan lebendes Kind. Credé. Etwas Eihaut fehlt.	1. Tag 38,0. Parametrien druckempf., Meteorismus, dreimal Erbrechen. 9. Tag aufstehen.	11. Tag entlassen. Uterus gut zurückgebildet. Parametrien frei. Lochien blutig serös.
11. II p 24 J.	Delirien vor der Geburt; spontan lebender Knabe. Placenta auf Druck. Etwas Eihaut fehlt.	4.—8. Tag 40—41, Delirien Somnolenz, keine Lokalerscheinungen. (Pyaemie?) 8. Tag Exitus letalis.	Sektion nicht gestattet.
12. II p 23 J.	spontane Geburt eines lebend. Knab. Placenta auf Druck. Etwas Eihaut fehlt.	Fieber vom 7.-15. Tg. Ulcera puerperalia, Lochien putride, L. Param. druckempf. 12. Tag Leibschm., 15. Tag 40,2 Pleur. Reiben links. Seit 16. Tag fieberfrei. 24. Tag aufstehen.	27. Tag entlassen. Uterus dicht über Symphyse. Linkes Parametrium empfindl. Lochien blutig schleimig.

No.	Anamnese Geburt Nachgeburt	Wochenbettsverlauf	Entlassungsbefund
13. I p 23 J.	spontan lebender Knabe, Placenta auf Druck, Eihäute fehl. fast ganz.	2. Tag 39,1 Lochien putride, Eröffnung retrouterinen jauch. Abscesses. 10. Tag Abgang von stink. Eitermassen.	12. Tag entlassen. Uterus handbreit über Symphyse, anteflektiert. Mm. geschlossen. Parametrien frei. Lochien serös.
14. I p 22 J.	Eklampsie, Bronchopneumonie, Meteurynter, Mm.-incisionen. Lebendes Kind. Placenta auf Druck, etwas Eihaut fehlt.	1. Tag 40,0, 2.-5. Tg. 39,0-40,0, 7. Tag 40,0 8. Tag 41,0. Exitus letalis.	Sektionsbefund: Bds. Bronchopneumonie. In beiden Parametrien dicker Eiter. Bauchfell spiegelnd.
15. I p 21 J.	spontan lebend. Kind Placenta auf Druck, etwas Eihaut fehlt.	Lochien reichlich, später putride. Leib links unten empfind. Gonokokken + .12. Tag aufstehen.	16. Tag entlassen. Uterus gut zurückgebildet. Parametrien frei. Lochien blutig eitrig.
16. I p 18 J.	spontan lebender Knabe, Placenta auf Druck, etwas Eihaut fehlt.	10. Tag 40,7 linkes Parametrium druckempf. 12. Tag 38,8, Leibschm., Schüttelfrost, Gonok. + 15. Tag aufstehn.	17. Tag entlassen. Uterus gut zurückgebildet. Parametrien frei. Lochien blutig schleimig.
17. I p 18 J.	spontan lebender Knabe, Placenta auf Druck, etwas Eihaut fehlt.	2.-5. Tag 38,0-39,0 5. Tag Zahngeschw. incid. Endometritis Kind hat Blennorrh.	14. Tag entlassen. Fundus 2 Querfinger über Symphyse. Parametrien frei. Lochien eitrig-serös.
18. I p 22 J.	spontan lebender Knabe, Placenta auf Druck, etwas Eihaut fehlt.	8. Tg. 38,3 Vulvitis 13. Tg. 40,1 Ulcera puerperalia. Lochien eitrig. Gonokokk.-Seit 16. Tg. fieberfr. 19. Tag aufstehen.	21. Tag entlassen. Mm. geschlossen. Parametrien frei. Lochien blutig-serös

No.	Anamnese Geburt Nachgeburt	Wochenbettsverlauf	Entlassungsbefund
19. I p 21 J.	Lungenkrank, sehr schwächlich, spont. lebendes Mädchen. Placenta auf Druck, Eihäute fehlen ganz.	9. Tg. 39,6, 11. Tg. geringe Blutungen, riechende Lochien. 21. Tag Mm. 1 M.-Stück gross. Darin ein Polyp. fühlbar. Entfernung desselb.	45. Tag entlassen. Uterus klein.
20. I p 24 J.	Eklampsie. Zange. Olshausen'scher Handgriff, lebendes Kind, Placenta auf Druck, Eihäute fehl. ganz.	Bis 29. Tag zeitw. Fieber bis 40,6. 13. Tag starke Blutung, Blutcoagula u. Eihautreste durch Nachtastung entfernt. Ergotin, 33. Tag aufstehn.	36. Tag entlassen. Uterus anteflektiert zurückgebild. Parametrien frei. Loch. serös. Dammriss geheilt.
21. I p 20 J.	spontan lebendes Mädchen, Placenta auf Druck. Etwas Eihaut fehlt.	8.-14. Tag Fieber. Leib empfindlich. 19. Tag aufstehn.	21. Tag entlassen. Uterus klein. Lochien serös.
22. II p 31 J.	spontan leb. Kind. Placenta auf Druck. Etwas Eihaut fehlt.	4. Tag Uterus und beide Parametrien empfindlich. 4.-15. Tag 37,3-39,9. 19. Tag aufstehn.	22. Tag entlassen. Uterus zurückgebild. Lochien blutig. Parametrien frei.
23. I p 34 J.	Zange lebend. Kind, Placenta auf Druck, Etwas Eihaut fehlt.	12.-19. Tag 39,9-38,4 24. Tag aufstehn.	26. Tag entlassen. Uterus zurückgeb. Lochien serös.
24. I p 28 J.	spontan leb. Mädch. Placenta auf Druck, etwas Eihaut fehlt.	10. Tag Parametritis rechts mit Tp. 40,9. 35.-43. Tag wieder über 40,0; langsam. Entfieber. 63. Tag aufstehn.	68. Tag entlassen. Uterus zurückgeb. Im rechten Parametrium derbes Infiltr.
25. II p 27 J.	spontan leb. Mädch. Placenta auf Druck, etwas Eihaut fehlt.	4. Tg. 40,4 L. Param. empfindl. Bis 27. Tag Temp. 39-41. Fundus 2 Fing. unter dem Nabel. Parametrien infiltr. Keine Fluktuation. Entfieberung. 44 Tg. aufstehn.	48. Tag entlassen. Mm. geschlossen. Uterus 2 Finger unt. Nabel. Im l. Param. derbes, unempfindl. Infiltrat.

No.	Anamnese Geburt Nachgeburt	Wochenbettsverlauf	Entlassungsbefund
26. II p 22 J.	spontan leb. Mädch. Placenta auf Druck, etwas Eihaut fehlt.	4.-7. Tag 39,0-40,1. L. Param. empf. Erbrech., Abdomen aufgetrieb. Lochien sehr putride. 8. Tag Exitus letalis.	Sektionsbefund: Endometritis septica. Eitrige Parametritis und Peritonitis.
27. I p 19 J.	spontan leb. Knabe, Placenta auf Druck, etwas Eihaut fehlt.	5.-16. Tag 39,0-40,0. 16. Tag Exitus letalis.	Sektionsbefund: Schlaffes Herz, Septische Milz, Uterus cavum zieml. frisch. Pyaemie.

Wir wollen uns nun die angeführten Fälle daraufhin ansehen, ob die Erkrankungen während des Wochenbettes wirklich der Eihautretention zur Last fallen.

Bei 1, 2, 5 und 8 wurde die Geburt wegen Tympania uteri zu Ende geführt. Bei 3 kommt zu dem vorhandenen Fieber noch die Entbindung durch Meteurynter und Wendung hinzu. Pat. 4, 5 und 7 waren vor der Aufnahme in die Klinik schon draussen von Arzt und Hebamme mehrfach untersucht und zum Teil wegen Blutung tamponiert worden. Bei 1, 6 und 8 wurde die Zange angelegt. Die Patientinnen 2, 5 und 7 mussten durch Perforation des Kindes entbunden werden; bei der letzten waren ausserdem noch Muttermundincisionen nötig. Bei 8 entleert sich während der Geburt unter Geräusch übelriechendes Fruchtwasser. Wir können also mit Recht behaupten, dass in den Fällen 1—8 die Infektion schon zur Zeit der Geburt bestand.

Bei 9 waren schon vor der Aufnahme zwei Zangenversuche vergeblich unternommen worden, bis in der Klinik der dritte das Kind zur Welt brachte, Eingriffe, die die Erscheinungen während der ersten Wochenbetttage vollkommen erklären.

Das Fieber der Patientin 10, das nur am ersten Tage besteht, kann man auch wohl kaum schon der Eihautretention

zuschreiben; es ist sicher richtiger mit der langen Dauer der Geburt zu erklären. Drei ähnliche Fälle, deren (hier nicht angeführte) Krankengeschichten dasselbe Bild darbieten, sind ebenso zu beurteilen.

Fall 11 bietet auch kein einheitliches Krankheitsbild. Die Tatsache, dass die Patientin schon bei der Geburt benommen war, rechtfertigt wohl die Annahme, dass die Infektion auch schon zu dieser Zeit bestanden hat. Bei 12 kommt das Fieber der ersten Tage auf Kosten der Ulcera puerperalia, während es später als Initialerscheinung der Pleuritis zu deuten ist. Ebensowenig wie hier sind die Erscheinungen bei 13 und 14 beweisend. Bei 13 rührt das Fieber wohl von dem retrouterinen Abszess her, welcher sicher auch die Ursache für den noch am 10. Tage erfolgten Abgang von stinkenden Eitermassen ist. Auch den ungünstigen Verlauf des Falles 14 kann man nicht als Folge der Eihautretention auffassen. Die Infektion des Parametriums ist eher mit dem schweren Eingriff bei der Geburt in Zusammenhang zu bringen. Der Umstand, dass das Fieber schon vom ersten Tage an vorhanden ist, spricht auch wieder gegen eine Infektion durch die retinierten Eihäute.

Die nicht physiologischen Erscheinungen während des Wochenbettes der bisher genannten Fälle kann man also nicht als Beweis für die nachteilige Wirkung der zurückgebliebenen Eihäute auffassen, da sie durch die eben angeführten Ursachen in jedem Falle eine viel näher liegende Erklärung finden.

Ebensowenig darf man die Endo- resp. die Parametritis der nächsten Fälle auf Eihautretention zurückführen. Bei 15 und 16 sind Gonokokken nachgewiesen worden, bei 17 zwar nicht, aber der Umstand, dass das Kind eine Blennorrhoe bekommt, beweist doch die Gonokokkeninfektion (die Temperatur ist ausserdem auch wohl durch das Zahngeschwür beeinflusst), ebenso wie bei Fall 18 der Gedanke an sie nahe gelegt wird, wo schon früher eitriger Ausfluss be-

standen hat. Der Verdacht auf Gonnorrhoe ist in beiden Fällen auch in dem Wochenbettsbericht bereits ausgesprochen.

Wenn Polypen wie in Fall 19 gelegentlich auf der Basis retinierter Eihäute entstehen und Blutungen veranlassen können, so ist noch nichts versäumt, wenn erst dann eine dementsprechende Therapie Anwendung findet. In unserem Falle können wir aber wohl aus dem im Geburtsberichte angewandten Namen „Placentarpolyp" folgern, dass dieser von einem retinierten Placentastückchen, dessen Fehlen an der Placenta nicht bemerkt worden war, aus entstanden war.

Die Blutung bei der Patientin 20 wurde durch die zurückgebliebenen Eihäute hervorgerufen und durch deren Entfernung gestillt.

In den Fällen 21, 22 und 23 ist eine Verlängerung des Wochenbettes eingetreten. Die Erscheinungen während desselben sind aber erstens nur leichter Art und bieten zweitens keinerlei Spezifikum, dass sie überhaupt von vornherein als durch Eihautretention bedingt charakterisiert. Aehnliche Erscheinungen finden sich auch sonst ab und zu.

Nehmen wir nun für die Fälle 24, 25, 26 und 27 an, was sich allerdings keineswegs beweisen lässt, die Parametritis resp. die Pyämie wäre durch die retinierten Eihäute veranlasst worden, so ginge sicherlich dieser Prozentsatz doch über den allgemeinen nicht hinaus.

Am wichtigsten für die Behandlung der Eihautretention ist die Frage, ob septische Erkrankungen durch sie begünstigt werden. Dass zurückgebliebene Eihäute an und für sich infektiös werden, können wir nach der heute doch wohl allgemein geltenden Anschauung nicht annehmen, doch ist es denkbar, dass sie als Nährboden für eingedrungene Keime deren Weiterentwicklung fördern. Die Lochien waren bei 58 Frauen übelriechend, jedoch müssen hierbei noch andere äussere Umstände mitgesprochen haben, denn diese Zahl verteilt sich auf die Jahre 1903—07 so, dass sie von

39 im ersten Jahre ständig gesunken ist bis 0 im letzten Halbjahre. In zwei Fällen entstand eine Parametritis, die in Heilung überging und in einem Falle eine eitrige Parametritis und Peritonitis, die zum Exitus führten. Ferner kam eine Pyämie mit tödlichem Ausgange vor. Die Häufigkeit einer Infektion vom Uterus aus bei Eihautretention ist also nach unserer Statistik kaum eine grössere als im allgemeinen, woraus wir wohl folgern können, dass das Zurückbleiben von Eihautresten keinen sehr wesentlichen ursächlichen Faktor bildet, da ja kein einziges Moment vorhanden ist, das mit einiger Sicherheit auf die retinierten Eihäute als Infektionsquelle hinwiese. Diese können überhaupt längere Zeit im Uterus liegen bleiben, ohne die geringsten Erscheinungen zu machen. Als Beweis folgender Fall Strassmanns: „Bei einer Wöchnerin, die entlassen werden sollte, lagen am 12. Tage noch die gesamten Eihäute im Uterus. Nach ihrer Entfernung hatte die Frau eine leichte Parametritis durchzumachen.“ Hieraus folgert Rissmann: „Schon allein der Sepsis wegen sollte man das Ausstossen der Eihäute nicht den Naturkräften, die versagen können, jedenfalls oft zu spät wirksam sind, überlassen.“ Meiner Meinung nach sollte man die Parametritis auf Kosten des Eingriffes setzen und nicht der Eihäute, die bisher doch auch noch keinerlei Symptome gemacht hatten, und die Folgerung ziehen, dass zurückgebliebene Eihäute für die Entstehung einer Sepsis nicht die ihnen beigelegte Bedeutung haben können. Wir haben also in dieser Hinsicht keine Veranlassung, bei Eihautretention irgendwelche Eingriffe zu unternehmen; tritt eine Infektion hinzu, so ist die Therapie dieselbe wie sonst.

Wie steht es nun mit den Blutungen, die bei Eihautretention gleich nach der Geburt oder im Verlaufe des Wochenbettes auftreten? Tritt bei ganz oder grösstenteils zurückgebliebenen Eihäuten nach dem Austritt der Placenta eine Blutung ein, die mit keinem anderen Mittel zu stillen ist, so muss man natürlich noch einmal in den Uterus ein-

gehen, um diesen völlig zu entleeren. Ein derartiger Fall liegt uns nicht vor. Einmal trat dagegen am 13. Tage nach der Geburt eine Blutung ein. Dies ist jedoch ein Prozentsatz, der nicht von vornherein bei Eihautverhaltung ein prophylaktisches Eingehen in den Uterus indiziert. Ausserdem ist es ja bei dem Eintritt der Blutung immer noch früh genug, vorhandene Reste zu entfernen. Sie pflegt nicht in so erheblichem Masse einzutreten, dass eine augenblickliche Verblutungsgefahr besteht.

Der Vorwurf, retinierte Eihäute riefen starke Nachwehen hervor, ist auch nicht berechtigt. Diese würden ja auch nur das Bestreben des Uterus zeigen, in ihm enthaltene Fremdkörper zu entfernen. Sie waren aber in unseren Fällen entweder überhaupt nicht vorhanden oder nur so gering und von so geringer Bedeutung, dass sie in den Berichten über den Verlauf der Wochenbetten gar nicht erwähnt werden.

Dass Eihäute durch Verstopfen des Muttermundes den Abfluss der Lochien erschweren oder gänzlich verhindern können, ist an und für sich denkbar; aber oftmals ist die Eihautretention durch eine Flexionslage des Uterus, die auch ihrerseits eine Lochiometra verursachen kann, hervorgerufen, so dass man hier die ursächlichen Momente nicht scharf zu trennen vermag.

Für die von einem holländischen Autor aufgestellte Behauptung, dass die öfters bei vorzeitiger Nachgeburtslösung gefundene Albuminurie eine Folge der Aufnahme von Chorionzotten in die Zirkulation wäre, habe ich keine Beweise finden können.

Was die Involution der Genitalien anbelangt, so war sie in unseren Fällen bei sonst normalem Wochenbettsverlauf nicht weniger gut als bei Frauen, bei denen keine Eihautretention vorhanden war. Wenn keine besonderen Zwischenfälle eintraten, konnten die Wöchnerinnen am

9. Tage aufstehen und wurden am 11. gewöhnlich aus der Klinik entlassen.

Stellen wir uns jetzt vor die Beantwortung der Frage: Sollen wir bei der Geburt zurückgebliebene Eihautreste entfernen oder ihre Ausstossung der Natur überlassen, so müssen wir uns vergegenwärtigen, dass sie auf den Verlauf des Wochenbettes gar keinen oder nur geringen Einfluss hatten, dass Komplikationen nicht öfters als sonst eintraten. Eingriffe sind zwar durch die Fortschritte der Asepsis immer weniger gefährlich geworden, aber neben der ersten Forderung „Nihil nocere" steht doch die andere, dass wir auch nützen sollen, zumal wenn wir eine Therapie anwenden, die nicht gleichgültig ist. Mit jedem Eingriff bei Eihautretention werden wir aber etwas mindestens Ueberflüssiges unternehmen. Deswegen ist davon nur abzuraten und eine exspektative Therapie zu empfehlen.

Am Schlusse meiner Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht Herrn Geheimen Medizinalrat Prof. Dr. Olshausen für die Anregung zu dieser Arbeit und Ueberlassung des Materials meinen gehorsamsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Ahlfeld: Zur Verhütung grösserer Blutverluste in der Nachgeburtsperiode. (Zeitschr. f. Geburtshilfe u. Gynäkologie, Bd. 54.)

Ahlfeld: Berichte und Arbeiten aus der gynäkologisch-geburtshilflichen Klinik zu Marburg 1883—1886.

Beaucamp: Ueber das abwartende Verfahren in der Nachgeburtsperiode. (Archiv f. Gynäkologie, Bd. 42.)

Benike: Ueber Verhaltung der Eihäute bei der Geburt. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., 1876.)

von Campe: Die Behandlung der Nachgeburtsperiode. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., 1884.)

Credé: Ueber die zweckmässigste Methode der Entfernung der Nachgeburt. (Arch. f. Gyn., Bd. 17.)

Credé: Weitere Untersuchungen über gesunde und kranke Wöchnerinnen. (Arch. f. Gyn., Bd. 30.)

Encyklopädisches Wörterbuch der medizinischen Wissenschaft; Berlin 1834.

Graetz: Ueber Chorionretention. (Dissertation, Berlin 1874.)

Hildebrandt: Bericht über die Ereignisse in der Königl. Gynäkologischen Universitätsklinik in Königsberg, 1879.

Huber: Ueber Chorionretention, Ursache und Behandlung derselben. (Dissert. Basel 1890.)

Hüter: Die Mutterkuchenreste. (Monatsschr. f. Geburtsk. und Frauenkrankh., 1857.)

Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der

Gynäkologie und Geburtshilfe 1890: Pathologie der Geburt.

Kabierski: Beitrag zur Frage über die Behandlung der Nachgeburtsperiode. (Zentralbl. f. Gyn., 1881.)

Kaltenbach: Diffuse Hyperplasie der Decidua am Ende der Schwangerschaft. (Zeitschr. f. Gyn. u. Geb., 1878.)

Knapp: Ueber die Berechtigung der Ausschabung der Gebärmutter bei verzögerter Rückbildung derselben im Wochenbett. (Arch. f. Gyn. u. Geb., Bd. 55,)

Krebs: Ueber Eihautretention. (Monatsschr. f. Gyn. u. Geb., 1906.)

Küstner: Lösung der Eihäute bei der normalen Ausscheidung der Nachgeburt. (Berliner klin. Wochenschr., 1880, Nr. 21.)

Leopold: Zur operativen Behandlung der puerperalen Peritonitis und Pyämie. (Arch. f. Gyn., Bd. 78.)

Maygrier: Retention der Eihäute. (Münchener med. Wochenschr., 1900.)

Olshausen: Puerperalfieber. (Beitr. zur Gyn. u. Geb., 1884.)

Olshausen u. Veit: Lehrbuch der Geburtshilfe, 1899.

Reihlen: Zur Frage der Behandlung der Chorionretention. (Arch. f. Gyn. u. Geb., 1887.)

Rissmann: Ueber Eihautretention. (Monatsschr. f. Gyn. u. Geb., Bd. 24.)

Schröder: Lehrbuch der Geburtshilfe, 1880.

Schwenke: Ueber Chorionretention. (Dissert., Halle 1881.)

Strassmann: Zur Behandlung der Nachgeburtszeit. (Zeitschr. f. Gyn. u. Geb., Bd. 57.)

Strauss: Ueber Retention der Eihäute. (Dissertation Würzburg 1890.)

Veit: Zur Pathologie und Therapie der Blutungen gleich nach der Geburt. (Zeitschr. f. Gyn. u. Geb., 1898.)

Velits: Pathologie der Geburt. (Frommels Jahresbericht, 1891.)

Völker: Zur Frage der Behandlung der Eihautretention nebst Bemerkungen über die Ursache derselben. (Dissert. Würzburg 1901.)

Winkel: Pathologie und Therapie des Wochenbettes, 1869.

Winkel: Berichte und Studien aus dem Königl. Entbindungs- und gynäkologischen Institut in Dresden, 1876—1878.

Witte: Ueber die Behandlung zurückgebliebener Eihautreste nach normaler Geburt. (Dissert. Berlin 1881.)

Lebenslauf.

Ich, Alfred Friedrich Theodor Lorenz wurde am 5. September 1883 in Hildesheim als Sohn des Proviantmeisters Paul Lorenz geboren und bin evangelischen Bekenntnisses.

Nach dem Besuch der Festungsschule in Graudenz, des Realprogymnasiums in Rathenow und der Gymnasien in Gnesen, Hameln, Strassburg i. E. und Belgard i. Pom. erwarb ich auf letzterem am 13. Sept. 1902 das Zeugnis der Reife und gehörte vom Herbst 1902 bis Herbst 1907 der Kaiser-Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen in Berlin als Studierender an. Vom 1. April bis 30. September 1903 genügte ich meiner Dienstpflicht mit der Waffe bei der 5. Komp. 4. Garde-Regiments zu Fuss. Am 14. März 1905 bestand ich die ärztliche Vorprüfung, am 1. Oktober 1907 wurde ich nach bestandener Prüfung zum Unterarzt im Oldenburgischen Infanterie-Regiment No. 91 ernannt, und bis 30. September 1908 zum Königl. Charité-Krankenhause kommandiert. Während dieser Zeit war ich tätig auf der geburtshülflichen Klinik (Geh.-Rat Bumm), der Ohrenpoliklinik (Geh.-Rat Passow), der I. medizinischen Klinik (Geh.-Rat His) und der psychiatrischen Klinik (Geh.-Rat Ziehen). Am 18. März 1909 bestand ich die ärztliche Staatsprüfung und wurde am 19. März zum Grenadier-Regiment Prinz Karl von Preussen (2. Brandenburg.) No. 12 versetzt.

Während meiner Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen und Kurse der Herren Professoren und Dozenten: Beitzke, v. Bergmann (†), Bernhardt, Bier, Brieger, Bumm, Engelmann, Engler, Ewaldt, E. Fischer, B. Fränkel, Frey, Goldscheider, Hertwig, Heubner, Hildebrand, Hiller, A. Köhler, Kraus, Lesser, v. Leyden, Liebreich (†), v. Michel, Nagel, Olshausen, Orth, Passow, Pels-Leusden, Posner, Rubner, F. E. Schulze, Schulz, Schwendener, Sonnenburg, Strassmann, Stumpf, Thierfelder, H. Virchow, Waldeyer, Warburg, Williger, Ziehen.

Allen diesen Herren, meinen hochverehrten Lehrern spreche ich an dieser Stelle meinen ergebensten Dank aus.